

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
 Administración de Asistencia a Familias

INFORME DE CAMBIOS

SOLO PARA USO OFICIAL →	DATE RECEIVED	HOW RECEIVED (<i>Phone, fax, mail</i>)	MESSAGE RECEIVED BY
--------------------------------	---------------	--	---------------------

UD. TIENE QUE INFORMAR CUALQUIER CAMBIO DENTRO DE 10 DIAS Y PRESENTAR PRUEBA DE LOS CAMBIOS LISTADOS ABAJO. SOLO TIENE QUE LLENAR LAS SECCIONES APLICABLES A LOS CAMBIOS QUE ESTA INFORMANDO.

Para informar cambios en las circunstancias de su hogar, llene y devuelva este formulario o envíelo por fax a su oficina local, junto con prueba del cambio(s). También puede llamar (*en Phoenix*) al 602-542-9935 o gratis (*fuera de Phoenix*) al 1-800-352-8401 y luego enviar prueba del cambio(s).

NOMBRE DE LA PERSONA (<i>apellido, nombre, inicial</i>)	NUM. DE CASO O DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DEL ENTREVISTADOR DE ELEGIBILIDAD (E)
---	---------------------------------	--

1. CAMBIOS DE DIRECCION O TELEFONO - INCLUYA PRUEBA DE CANTIDADES NUEVAS DE ALQUILER, HIPOTECA, Y SERVICIOS PUBLICOS.

Informe todos los cambios de dirección residencial, dirección postal y teléfono.

DIRECCION RESIDENCIAL (<i>calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP</i>)	TEL. DE LA CASA O PARA MENSAJES ()
--	---

DIRECCION POSTAL, SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA (<i>calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP</i>)	FECHA DEL CAMBIO DE DIRECCION
---	-------------------------------

CONDADO DONDE RESIDE	COSTO NUEVO DE ALQUILER O VIVIENDA \$	FECHA DEL CAMBIO DEL COSTO	SERVICIOS PUBLICOS QUE USTED PAGA <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro
----------------------	---------------------------------------	----------------------------	---

NOMBRE DEL ARRENDADOR	DIRECCION DEL ARRENDADOR (<i>calle, número, ciudad, estado, código postal ZIP</i>)	TELEFONO DEL ARRENDADOR ()
-----------------------	--	-------------------------------------

2. CAMBIOS EN INGRESOS GANADOS Y NO GANADOS

Si recibe Asistencia en Efectivo, Médica o General, tiene que informar todo cambio de fuente y cantidad de ingresos ganados y no ganados.

INGRESOS GANADOS - INCLUYA PRUEBA DE LOS INGRESOS ANTES DE LAS DEDUCCIONES. Si sólo recibe Estampillas para Comida, **tiene** que informar cambios de más de \$100 mensuales en ingresos ganados. Estos incluyen trabajos permanentes o temporales, trabajitos aquí y allá por cuenta propia, negocio propio, cuidado de niños, propinas, etc.

NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO DEL EMPLEADOR	EL INGRESO	PAGO POR HORA	HORAS SEMANALES	FRECUENCIA DE PAGO	INGRESO BRUTO MENSUAL NUEVO
		<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$			\$
		<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$			\$
		<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$			\$

INGRESOS NO GANADOS - INCLUYA PRUEBA DE LOS INGRESOS ANTES DE LAS DEDUCCIONES. Si sólo recibe Estampillas para Comida, **tiene** que informar cambios de más de \$25 mensuales en ingresos no ganados: beneficios de desempleo/veteranos/incapacidad, jubilación/pensiones, regalos, contribuciones, sustento de menores/matrimonial/médico, pagos SSA, SSI, BIA, ingresos de inquilinos/educacional, premios, alquiler de terrenos, intereses, ayuda con vivienda/servicios públicos, etc. No informe cambios en Asistencia en Efectivo o General.

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN RECIBE EL INGRESO	TIPO DE INGRESO	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DEL INGRESO	FECHA QUE LO RECIBIO	CON QUIEN COMUNICARSE	FECHA DEL CAMBIO
		\$				
		\$				
		\$				

3. CAMBIOS DE MIEMBROS EN EL HOGAR - INCLUYA TODA PRUEBA DISPONIBLE DE LOS INGRESOS Y RECURSOS DE LOS MIEMBROS NUEVOS EN EL HOGAR, INCLUSO NIÑOS Y RECIEN NACIDOS.

Informe cada vez que una persona nueva llegue a su casa o cuando alguien se vaya, incluso hospitalizaciones. Esto incluye, sin limitarse a ello, nacimientos, muertes y cambios en estado civil; o si un padre/madre ya no está incapacitado(a).

NOMBRE COMPLETO (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	RELACION CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI LA PERSONA ES(TA)				FECHA EN QUE	
				Embarazada	Incapacitada	Ciudadana de EE.UU.	Estudiante	Llegó	Se fue
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

VOLTEE

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Favor de comunicarse con el gerente de su oficina local.

4. CAMBIOS EN RECURSOS: EFECTIVO, CUENTAS DE CHEQUES/AHORROS, VEHICULO, ETC. - INCLUYA PRUEBA DE LOS RECURSOS

Usted **tiene** que informar todos los recursos que alcancen o excedan al límite de recursos del programa(s) en que participa su hogar: \$2,000 para Asistencia en Efectivo, \$2,000 para Estampillas para Comida, o \$3,000 para Estampillas para Comida si por lo menos un miembro del hogar tiene 60 o más años de edad. Llene los espacios abajo para informar cambios en recursos.

NOMBRE DE LA PERSONA (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA (<i>banco, unión de crédito</i>)
---	--

¿QUE HA CAMBIADO? MARQUE TODO LO APLICABLE

<input type="checkbox"/> Cuenta nueva <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada <input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Acciones/bonos <input type="checkbox"/> IDA <input type="checkbox"/> Otro			
NUMERO DE CUENTA (<i>si es de cheques, ahorros o IDA</i>)	CANTIDAD	FECHA DEL CAMBIO (<i>cheques, ahorros, otro</i>)	FECHA DE APERTURA O CAMBIO DE LA CUENTA IDA
	\$		

Llene los espacios abajo si alguien en su hogar recibió, compró, vendió, cambió, regaló o recibió como regalo algún vehículo u otra propiedad.

NOMBRE DE LA PERSONA (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	TRANSACCION				
	<input type="checkbox"/> Recibido <input type="checkbox"/> Comprado <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Cambiado <input type="checkbox"/> Yo regalé <input type="checkbox"/> Regalo				
DESCRIPCION DEL VEHICULO (<i>marca, modelo, año</i>) O LA PROPIEDAD	REGISTRADO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VALOR ACTUAL	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD DEBIDA	FECHA DEL CAMBIO
		\$	\$	\$	

5. CAMBIOS EN GASTOS: CUIDADO DE DEPENDIENTES Y/O SUSTENTO DE MENORES - INCLUYA PRUEBA DE LOS GASTOS

Informe cambios en los GASTOS POR CUIDADO DE DEPENDIENTES que le cobran mensualmente por cuidar de un niño o adulto incapacitado, para usted poder trabajar, buscar trabajo o asistir a entrenamiento o escuela. Sólo para hogares beneficiarios de Estampillas para Comida: si paga sustento de menores ordenado por el tribunal, **tiene** que informar cambios de \$50 o más en la cantidad de su obligación legal mensual.

TIPO DE GASTO	EL GASTO	CANTIDAD MENSUAL		NOMBRE DE LA PERSONA(S) O COMPAÑIA A QUIEN USTED LE DEBE O HA PAGADO ESTE GASTO	NOMBRE DE LA PERSONA(S) BAJO CUIDADO (<i>apellido, nombre</i>)
		Cobrada	Pagada		
<input type="checkbox"/> Cuidado dependientes <input type="checkbox"/> Sustento de menores <input type="checkbox"/> Facturas médicas	<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$	\$		
<input type="checkbox"/> Cuidado dependientes <input type="checkbox"/> Sustento de menores <input type="checkbox"/> Facturas médicas	<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$	\$		
<input type="checkbox"/> Cuidado dependiente <input type="checkbox"/> Sustento de menores <input type="checkbox"/> Facturas médicas	<input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Cambió FECHA	\$	\$		

6. CAMBIOS EN ASISTENCIA ESCOLAR

Usted **tiene** que informar cualquier cambio en la asistencia escolar de alguna persona en su hogar.

NOMBRE DE LA PERSONA (<i>apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>)	NOMBRE Y TELEFONO DE LA ESCUELA	TIPO DE CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
		<input type="checkbox"/> Empezó escuela <input type="checkbox"/> Terminó escuela	
		<input type="checkbox"/> Empezó escuela <input type="checkbox"/> Terminó escuela	

7. CONTINUACION DE LOS CAMBIOS

¿CONTINUARAN EL MES PROXIMO LOS CAMBIOS QUE USTED AHORA INFORMA?

Sí No Si no continuarán, favor de explicar aquí.

FAVOR DE LEER ESTA INFORMACION IMPORTANTE

Si usted intencionalmente oculta información sobre cambios en su hogar o proporciona información falsa, **le deberá** al Departamento de Seguro Económico el valor de cualesquiera beneficios extra que no le tocaba recibir. Puede estar sujeto a sanciones y/o prosecución criminal bajo leyes estatales y federales.

- A. ESTAMPILLAS PARA COMIDA. Si usted u otro miembro de la familia es hallada culpable de una violación intencional del programa, usted **será descalificado** por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y puede estar sujeto a prosecución adicional bajo otras leyes estatales y federales. Usted o esa persona también podrá ser multado por un máximo de \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas, y el tribunal puede prohibir su participación en el programa de Estampillas para Comida durante 18 meses adicionales.
- B. ASISTENCIA EN EFECTIVO. Si usted u otro miembro de su familia es hallada culpable de una violación intencional del programa, usted **será descalificado** por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y puede estar sujeto a prosecución adicional bajo otras leyes federales y estatales.
- C. ASISTENCIA MEDICA. Usted no puede proporcionar información falsa o a sabiendas ocultar información con la intención de recibir o continuar recibiendo Asistencia Médica. Si la información que usted proporciona es incorrecta, puede que la Asistencia Médica sea denegada o terminada. Si usted y/o su representante son hallados culpables de haber proporcionado información falsa a sabiendas, usted y/o su representante estarán sujetos a prosecución criminal, lo cual puede resultar en multas, encarcelamiento y/u otras penalidades bajo la ley estatal o federal. También le pueden pedir que reembolse a AHCCCS.
- D. NUMERO DE SEGURO SOCIAL. La provisión del número de Seguro Social (SSN) de todo solicitante o beneficiario de Asistencia en Efectivo, Estampillas para Comida y/o AHCCCS es obligatoria bajo la Ley de Estampillas para Comida del 1977, enmendada por P.L. 97-98, y la Ley de Seguro Social del 1935 (Sección 1137), enmendada por P.L. 98-369. Su SSN y otra información provista también se usarán para verificaciones computarizadas y revisiones o evaluaciones de programas para asegurar que su hogar califica para Estampillas para Comida, Asistencia en Efectivo y/o AHCCCS u otros programas de asistencia federales, tales como el programa de comidas en las escuelas. También se utilizarán para verificar la identidad de los miembros del hogar, evitar duplicidad de participación y facilitar los cambios colectivos. Las personas quienes se nieguen a proporcionar sus SSNs no serán elegibles.
- E. La información provista en este formulario **puede** resultar en aumento, reducción, suspensión o terminación de sus beneficios en Estampillas para Comida, en efectivo o de Asistencia Médica. En esos casos recibirá un aviso por separado.
- F. Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la decisión.

FIRME Y FECHÉ ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO	FIRMA	FECHA
--	-------	-------

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

NO ACTION REQUIRED <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> MA	ACTION REQUIRED <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> MA	EI'S COMPLETION DATE	EI'S INITIALS
--	---	-----------------------------	----------------------